

MODULO RIEPILOGATIVO DATI (MOD. MR 18-19)

da inviare al nr. di fax 059.4909001

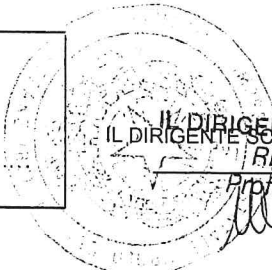
entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza
"PROGRAMMA ASSICURATIVO SI SCUOLA PRIMA®"

NUMERO POLIZZA 582161344E già inviata dall'Istituto ad Assicuratrice Milanese SpA via fax il _____
CIG: Z8D259A986

ISTITUTO: <u>ICS Polo Est - Lunigiana</u>		P.Iva <u>83003010176</u>
Tel: <u>030/827300</u>	Fax: <u>030/826731</u>	e-mail: <u>BSIC83200R@istruzione.it</u>

CALCOLO PREMIO ASSICURATIVO			
N° alunni iscritti	<u>795</u>	N° alunni paganti	<u>688</u>
- d.h.	<u>33</u>	(minimo 90 % degli iscritti)	(combinazione scelta)
N° operatori copertura base		<u>73</u>	x Euro <u>7</u> = Euro <u>511,00</u>
N° operatori copertura estesa		_____	x Euro _____ = Euro _____
Kasko Revisori = Euro 150,00 (barrare in caso di adesione)			
FATTURA ELETTRONICA	CODICE UNIVOCO <u>UFY071 (lo zero e lettera 0)</u>		
PREMIO TOTALE SCUOLA			= Euro <u>5327,00</u>

DATI PER IL PAGAMENTO A : ASSICURATRICE MILANESE SPA Bonifico Bancario: Crédit Agricole Cariparma SpA IBAN: IT 63S 06230 12906 000030037881 CAUSALE VERSAMENTO: SALDO POLIZZA N. <u>582161344E</u>
--


IL DIRIGENTE SCOLASTICO
REGGENTE
Prof. Mauro Zoli

